

Laura Merras-Salmio, Riikka Gunnar, Pauliina Hiltunen ja Tytti Jaakkola

Leikki- ja kouluikäisten lasten toiminnalliset vatsaoireet

Toiminnalliset suolisairaudet ovat tavallisia lapsilla ja nuorilla. Niiden taustalla on nykytiedon valossa suoli-aivoakselin toiminnan häiriö, johon vaikuttavat suoliston mikrobiomin muutokset, motiliteetin poikkeavuudet, epiteeliesteen heikentyminen sekä psykologiset tekijät. Nämä lisäävät kipuerkkyyttä ja muuttavat suolen toimintaa, mikä voi johtaa oireiden kroonistumiseen. Toiminnallisen suolisairauden diagnoosi perustuu oireisiin ja tarkoituksenmukaisiin poissulkututkimuksiin. Hoidossa korostuvat lapsen ja perheen ohjaaminen, oireiden hyvänlaatuisuuden korostaminen, arjen normalisointi ja koulunkäynnin turvaaminen. Oireita voidaan lievittää tarvittaessa lääkkeillä, kokonaisvaltaisella ravitsemushoidolla ja tarvittaessa psykologisin menetelmin. Hoito ja diagnosointi kuuluvat perusterveydenhuoltoon, erikoissairaanhoidon rooli on konsultoiva.

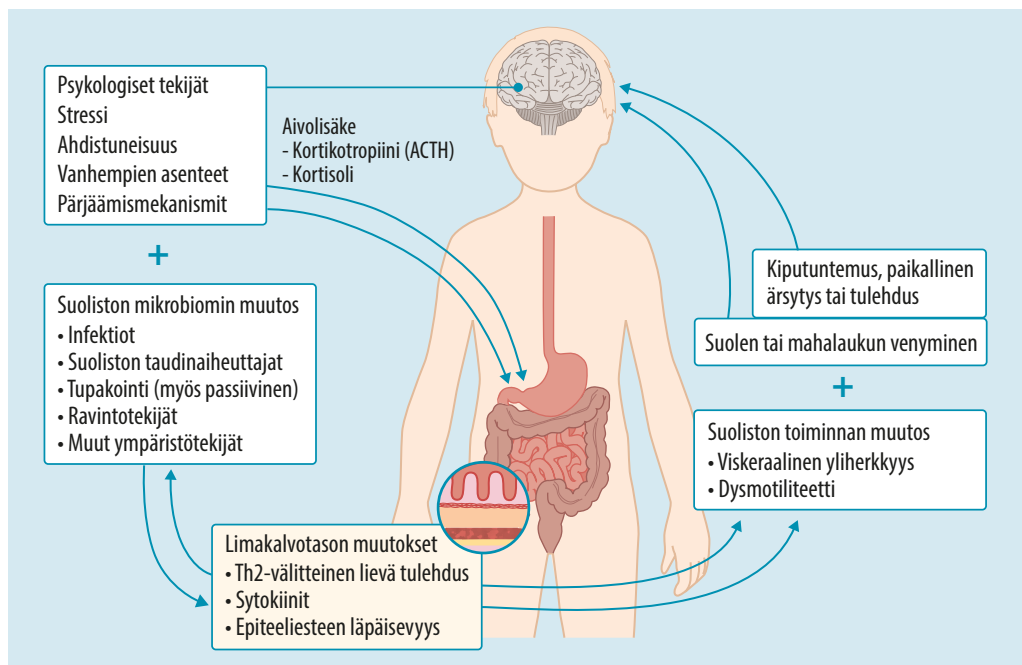
Toiminnallisten vatsaoireiden etiologiassa merkittävänä tekijänä pidetään suoli-aivoakselin toiminnan häiriötä. Siihen vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa suoliston mikrobiomi, suolen motiliteetti ja psykologiset tekijät. Suoliston useiden metrien pituinen lihasputkisto voi kärsiä esimerkiksi infektion laukaisemasta toimintahäiriöstä, joka voi vaikuttaa edelleen autonomisen hermoston säätelyjärjestelmän vikatilaan. Ongelma voi olla myös vahvemmin keskushermostoperäinen, jolloin autonomisen hermoston säätelyn muutokset aiheuttavat tai pahentavat vatsaoireita (KUVA).

Toiminnalliset vatsaoireet ovat yleisiä jo vauvaiästä lähtien ja koskettavat noin joka neljättä lasta. Tavallisimmat leikki- ja kouluikäisten potilaiden erotusdiagnostiset tutkimukset ja hälyttävät oireet esitetään **TAULUKOISSA 1** ja **2**. Vauvojen oireista voi lukea aiemmasta katsauksesta (1). Toiminnallisen suolisairauden diagnoosi perustuu tyypillisiin oireisiin sekä kliinisesti tarkoituksenmukaiseen poissulkudiagnosointiin. Syövän pelko voi pahentaa oireita, ja siitä on hyvä keskustella. Aikuistyyppistä suoliston adenokarsinoomaa ei esiinny lapsuusiässä.

Toiminnallinen vatsakipu

Lasten toiminnallisen vatsakivun syntyyn vaikuttavat useat tekijät, kuten geneettinen alttius, varhaiselämän tapahtumat, psykologiset ja psykososiaaliset tekijät sekä suoliston sairaudet. Toiminnallisen vatsakivun esiintyvyys 4–18-vuotiailla on maailmanlaajuisesti noin 13,5 %, ja oireet ovat yleisempiä tytöillä (2,3). Oireet voivat alkaa jo varhaislapsuudessa, mutta yleistyvät kouluiässä.

Pitkittyvässä toiminnallisessa vatsakivussa muutokset suoliston mikrobiomissa voivat vaikuttaa keskushermoston kipuratoihin, suolen immuunivasteeseen ja motiliteettiin, mikä edistää viskeraalista yliherkkyyttä ja oireiden kroonistumista (3,4). Myös suoliston limakalvon epiteeliesteen (epithelial barrier) läpäisevyyden heikentyminen mahdollistaa mikrobiperäisten endotoksiinien pääsyn immuunijärjestelmään, mikä aktivoi tulehdusreaktiota ja nosiseptiivisiä kipuratoja sekä voimistaa kipuaistimusta (5). Ainakin *Faecalibacterium prausnitzii* -bakteerin väheneminen on yhdistetty epiteeliesteen toiminnan häiriöön (4). Myös suolistotulehdukset ja motiliteettihäiriöt voivat herkistää toiminnalliselle vatsakivulle.



KUVA. Suoli-aivoakselin toimintahäiriö toiminnallisten vatsaoireiden patofysiologiassa.

Psykologiset tekijät, kuten stressi, ahdistus ja aikaisemmat kipukokemukset, samoin kuin perhedynamiikka (esimerkiksi emotionaalinen tuki ja suhtautuminen oireisiin), muovaavat keskushermoston herkistymistä ja subjektiivista kipukokemusta. Kipukokemus voi syntyä myös ilman havaittavaa suoliston ärsykettä keskushermoston ylivalppauden (hypervigilance) ja yliherkkyyden (hypersensitivity) seurauksena (3). Kipuaistimus syntyy suolistossa yleisimmin suolen seinämän venyessä ja paikallistuu tyypillisesti navan seudulle. Kivun voimakkuus voi vaihdella, ja sitä esiintyy harvoin yöaikaan.

Diagnosointi. Toiminnallinen vatsakipu diagnosoidaan kliinisesti (6). Diagnoosi voidaan asettaa (Rooma IV -kriteerien mukaisesti), kun ruokailuun tai ulostamiseen liittymättömiä vatsakipukohtauksia on esiintynyt vähintään neljä kertaa kuukaudessa vähintään kahden kuukauden ajan eikä asianmukaisen harkinnan perusteella ole syytä epäillä muuta sairautta. Toiminnallisista vatsasairauksista erotusdiagnoosina voi tulla kyseeseen abdominaalimigreeni, varsinkin jos perheessä on migreenitaustaa (6).

Hoito. Ensisijainen hoito on auttaa lasta ja perhettä ymmärtämään, että oireet ovat hyvänlaatuisia ja yleisiä ja että oireet väistyvät ilman

toimenpiteitä. Pitkittyneen sairauden hoidoksi suositellaan tuoreiden kansainvälisten hoitosuosistusten mukaan kognitiivista käyttäytymisterapiaa, jonka tavoitteena on suoli-aivoakselin vuorovaikutuksen modulointi, erityisesti hermoston kipuherkkyyden vähentäminen (2). Myös hypnoterapialla on hoitosuosituksessa vahva suositus, sillä sen avulla jopa 60–70 % potilaista kokee oireiden merkittävän lieventymisen (7). Suomessa vatsakivun hoitoon kohdennettua kliinistä hypnoterapiaa ei ole toistaiseksi saatavilla.

Hoidoksi voidaan myös harkita probiootteja (**TAULUKKO 3**). Muita mahdollisia hoitokeinoja ovat piparminttuöljykapselit, liukoinen kuitulisä sekä tietyt neuromoduloivat lääkkeet (3). Näyttö läkehoidoista on heikkoa, ja niihin voi liittyä merkittäviä haittavaikutuksia. Lääkehoidot aloitetaan erikoissairanhoidossa.

Ylävatsaoireet

Tavallisin lapsen ylävatsakivun syy on toiminnallinen dyspepsia, jolla tarkoitetaan haittaavaa aterianjälkeistä täyteläisyyden tai kylläisyyden tunnetta, johon liittyy kipua ilman elimellistä syytä. Röyhtäily ja pahoinvointi ovat myös yleisiä toi-

TAULUKKO 1. Perusterveydenhuollon tutkimuksia lapsen ja nuoren vatsaoireiden selvittelyssä.

Tutkimus	Huomioitavaa
Pieni verenkuva	Anemian ja raudanpuutteen arvio
CRP-pitoisuus, lasko	Osana IBD-diagnostiikkaa
Keliakiaselontta (tTGAb ja IgA)	Tarvittaessa konsultoidaan lasten gastroenterologia, jos tulos lievästi positiivinen
Ulosteen kalprotektiinipitoisuus	Alle 100 µg/g normaali, lievästi suurentunut arvo tarkistetaan 1–2 kk:n kuluttua (jos lievä, vastikään alkanut oire). Alle kaksivuotiaille vain harkiten (epäspesifinen).
P-ALAT, P-GT	GT-arvo on AFOS-arvoa spesifisempi lasten sappitesairauksissa
P-Krea ja PLV	Osana poissulkudiagnostiikkaa
F-BaktNho, F-CldTNhO (F-ParaNho) ¹	Osana ripulioireen selvittelyä tarvittaessa
F-HelikoAg ¹	Ei vatsakipuisen rutiinitutkimus. Tutkitaan voimakkaan ylävatsakivun tai sukuanamneesin perusteella.
(Ylä)vatsan kaikukuvaus	Osana poissulkudiagnostiikkaa harkinnan mukaan

AFOS = alkalinen fosfataasi; ALAT = alaniiniaminotransferaasi; GT = glutamyyli transferaasi; IBD = tulehduksellinen suolistosairaus; tTGAbA = kudostransglutaminaasi IgA-vasta-aineet

¹Ulosteen patogeenisten bakteerien, *Clostridioides difficile*n ja patogeenisten parasiittien nukleinihappo-osoitus, sekä helikobakteerin antigeenitesti.

TAULUKKO 2. Oireet ja löydökset, joiden perusteella on syytä epäillä somaattista syytä pitkittyvän vatsaoireen taustalla.

Oire tai löydös	Toimintaohje
Oireiden varhainen alkua elämän ensiviikkojen aikana tai yli 48 tunnin viive mekoniumin tulossa	ESH:n konsultaatio
Kasvuhäiriö: pituuden tai suhteellisen painon taittuminen, absoluuttinen painon väheneminen	Erotusdiagnostiset tutkimukset, ks. TAULUKKO 1 . Tarvittaessa jatkossa ESH:n arvio
Poikkeavat neurologiset oireet tai tutkimuslöydökset	Oireen edellyttämä jatkoarvio (ESH tai PTH)
Oksentelu ja pingottunut pömpöttävä vatsa	ESH:n arvio
Toistuvat veriulostteet	Peräaukon tutkiminen: fissuura (ja tarvittaessa sen hoito)? Ulostesta erotusdiagnostisina tutkimuksina kalprotektiinipitoisuus ja bakteerinäytteet Lapsilla ei esiinny kolorektaalisyöpää, mutta epäselvän veriulostteisuuden pitkittyessä lasten gastroenterologin konsultaatio on aiheellinen
Poikkeava perianaaliseudun tutkimus; peräaukon sijainti, poikkeava lihastonius tai lumbaalialueen muutokset, pitkäaikaiset hoitoon reagoimattomat perianaaliset haavaumat	ESH:n konsultaatio Huom! Lapsilla ei esiinny aikuistyyppisiä peräpukamia.
Raudanpuuteanemia	Tutki keliakiaserologia ja ulosteen kalprotektiinipitoisuus. Hoida raudanpuute ja järjestä seuranta ja tarvittava jatkoahoito
Suurentunut lasko tai CRP-pitoisuus	IBD mahdollinen – tutki ulosteen kalprotektiinipitoisuus ja pohdi muu erotusdiagnostiikka
Syömiseen liittyvät ongelmat: valikoiva syöminen, nielemisvaikeus tai ruokahaluttomuus	Syömishäiriön mahdollisuus pohdittava Pitkäkestoinen nielemisvaikeus edellyttää ESH:n konsultaatiota (korvataudit tai lasten gastroenterologia)

ESH = erikoissairaanhoito; PTH = perusterveydenhuolto

minnallisia oireita. Dyspepsian esiintyvyydeksi lapsuusiässä arvioidaan 5–25 %, ja se kuuluu suoli-aivoakselin toimintahäiriösairauksiin (8,9). Oheissairastavuus muiden toiminnallisten vatsasairauksien kanssa on tavallista. Mekanismeiksi on esitetty muun muassa viskeraalista yliherk-

kyyttä ja mahan dysmotiliteettia, viivästynyttä mahan tyhjenemistä sekä mahahapon eritykseen tai sen aistimiseen liittyvää ylivalppautta.

Ruokatorven refluksitautissa (GERD) mahalaukusta ruokatorveen nouseva mahansisältö aiheuttaa haittaavia oireita, kuten närästystä,

TAULUKKO 3. Lasten toiminnallisten vatsaoireiden hoidossa käytettyjä lääkkeitä perusterveydenhuollossa.

Lääke	Tavanomainen annos	Huomattavaa
Ummetuslääkkeet		
Suun kautta annettavat (vuorokausiannokset)		
Polyetyleeniglykoli (PEG) tai makrogoli	0,5–1 g/kg Annosta suurennetaan vasteen mukaan 2 g/kg asti aikuisten maksimian- nokset huomioiden	Ulostetukkeuman hoidossa 1–1,5 g/kg kunnes peräsuoli kokonaan tyhjentynyt
Laktuloosi 667 g/l	1,5–3 ml/kg $\times$ 1–2; enintään 45 ml	Ei akuuttihoitoon
Natriumpikosulfaatti	3 kk – 4 v: 2,5–10 mg $\times$ 1 4–18 v: 2,5–20 mg $\times$ 1	Lisälääkkeenä ulostetukkeuman hoi- dossa; lääkärin seurannassa myös pitkäkestoiseen 1–6 kk:n hoitoon (varo annoksen suurentamisia pitkäaikaishoi- dossa; vasteen menetys)
Peräruiskeet		
Dokusaattinatrium ja sorbitoli	Ikä > 1 v: 120 ml $\times$ 1–2 Paino > 40 kg: 240 ml $\times$ 1–2	Hyvä akuutin ulostetukkeuman hoidos- sa, ei pitkäaikaiseen käyttöön yksin- omaisena lääkkeenä
Natriumsitraattidihydraatti ja natrium- lauryylisulfoasetatti	> 3 v: 5 ml < 3 v: 2,5 ml	Ei pitkäaikaiseen käyttöön yksinmai- sena lääkkeenä
Protonipumpun estäjät ja refluksin oirelääkkeet (vuorokausiannos)		
Omepratsoli	1 mg/kg $\times$ 1	Akuutti vaikea oire ja helikobakteeri- häätö 1 mg/kg $\times$ 2
Esomepratsoli	0,5 mg/kg $\times$ 1	Akuutti vaikea oire ja helikobakteeri- häätö 0,5 mg/kg $\times$ 2
Pantopratsoli	Yli 12-vuotiaille 20 mg	Helikobakteerihäätö 40 mg
Algiinihappo	< 2 v: 2,5 ml $\times$ 4 > 2 v: 1–2 ml/kg/4 annokseen jaettuna Aikuiset: 10–20 ml/ateria	Aterioiden jälkeen. Sisältää alumiinia. Ei pitkäaikaiseen säännölliseen käyttöön
Muut antasidit, ml. sukralfaatti ja kalsium-magnesiumyhdistelmät	> 12-vuotiaille aikuisten ohjeen mukaan	Valmisteiden käytöstä nuorempien las- ten hoidossa ei ole tutkimustietoa
IBS- ja toiminnallisen vatsakivun lääkkeet (vuorokausiannos)		
Loperamidi	Yli 20 kg painaville 2 mg $\times$ 2–3	–
Psylliumkuitu	Ispagularakeet > 6-vuotiaille 1–2 annosta $\times$ 1–2	–
Probiootit – <i>Lactobacillus rhamnosus</i> GG – <i>Lactobacillus reuteri</i> – <i>Saccharomyces boulardii</i>	Pakkauksen ohjeen mukaan	Tutkimusnäyttö pitkäaikaisesta käytös- tä ja tehosta on heikkoa
Piparminttuöljy	Tutkimuksessa käytetty annos: 187 mg:n kapseli 1–2 $\times$ 3	Vähintään kahden viikon kuuri, annok- set epävarmoja (ravintolisä)
Erikoissairaanhoidossa käytettävät		
Amitriptyliini ja SSRI-lääkkeet	–	Kipuaistimuksen muokkaus
Domperidoni		Mahalaukun tyhjeneminen
Syproheptadiini		Antikolinergi, antiserotonergi

kipua ja mahan sisällön nousua jopa suuhun. Osalle potilaista hapan mahaneste voi tehdä ruokatorven limakalvovaurion (eroosiot, Bar-rettin ruokatorvi). Nämä komplikaatiot ovat lapsipotilailla harvinaisia.

Diagnosointi. Toiminnallisen dyspepsian ja refluksin diagnoosi perustuu anamneesiin ja lääketieteellisesti perusteltuihin erotusdiagnos-tisiin tutkimuksiin. Laboratoriotutkimukset kohdennetaan kokonaiskuvan perusteella (**TAU-**

LUKKO 1). Mahdollisia lapsen ylävatsaoireiden erotusdiagnooseja ovat sappiperäiset syyt, eosinofilinen esofagiitti (EoE) ja helikobakteeri-infektio.

EoE on krooninen tulehduksellinen ruokatorven sairaus, joka liittyy vahvasti muuhun atopiaaipumukseen (10). Tyypillisiä oireita ovat nielemisvaikeus ja muut ruokailuun liittyvät oireet, kuten hidas syöminen, karkeiden ruokien välttäminen tai ruoan takertumisen tunne. Helikobakteeria ei nykyään tutkita ruutiinimaisesti ylävatsavaivaiselta lapsipotilaalta, koska sen esiintyminen ei korreloi oireiden esiintyvyyden kanssa (11). Helikobakteeria haetaan oireisilta lapsipotilailta vain, jos heillä todetaan tähytyslöydös (mahahaava) tai lapsen lähisukulaisella on todettu mahasyöpä.

Lasten gastroskopia vaatii useimmiten yleisanestesian, ja tutkimukset on keskitetty erikoissairaanhoidon ja yliopistoklinikoihin. Hälyttävät oireet (erityisesti epäselvä hoitoresistentti anemia ja nielemisvaikeus) ovat syy tutkimukselle. Yleisimmin endoskopiaa tarvitaan lapsen tulehduksellisen suolistosairauden (IBD) tai keliakian diagnosointiin.

Hoito. Ensisijaista hoidossa on kertoa perheelle ja lapselle oireen hyvänlaatuisuudesta ja taustasyystä, ja lääketeetä hoitoa suositellaan ensin. Lääkkeettömään hoitoon kuuluvat riittävän tiheä ja säännöllinen ateriaväli, hiilihappojuomien välttäminen, rasvaisten tai ärsyttävien yksittäisten ruoka-aineiden välttäminen, uni-hygienia ja ylipainon välttäminen sekä sängyn päädyn kohottaminen ja keskivartaloa kiristävien vaatteiden välttäminen. Kouluikäisten lasten oireita voidaan hoitaa protonipumpun estäjillä 1–2 kuukauden mittaisina kuureina tai antasideilla (**TAULUKKO 3**).

Protonipumpun estäjien on todettu tehoavan 2–3 kuukauden kuureina myös endoskooppisesti varmennetun refluksiesofagiitin hoidossa. Pitkäkestoisiin lääkityksiin protonipumpun estäjillä voi liittyä haittoja, ja yhtäjaksoisen (pysyvän) lääkehoidon tarve arvioidaan erikoissairaanhoidossa (12). Toiminnallisen dyspepsian oireisiin voidaan vaikuttaa keskushermoston kautta erilaisin terapiamuodoin (kognitiivinen psykoterapia ja hypnoterapia) tai neuromoduloivilla lääkkeillä.

Ydinasiat

- » Suoli-aivoakselilla on suuri merkitys toiminnallisten vatsaoireiden syntymekanismissa.
- » Suoliston kiputuntemusta muokkaavat keskushermostossa aiemmat kipukokeukset, perheen dynamiikka, ahdistuneisuus ja stressi.
- » Autonomisen hermoston, yliherkkyyden ja ylivalppauden aktivoituessa kipuaistimus vatsan alueelta vahvistuu.
- » Lääkehoidon merkitys toiminnallisen vatsaoireen hoidossa on rajallinen.

Ummetus

Ummetuksen esiintyvyys lapsuusiällä on lähes 10 % (13,14). Ummetus alkaa usein jo taaperoikäisenä paksusuolen fysiologisen toiminnan hidastuessa. Ummetuksen oireita ovat muun muassa ulostamisvaikeus, vatsakivut sekä kivulias ja epäsäännöllinen ulostaminen. Uloste voi olla kovaa ja papanamaista tai kertamäärä voi olla hyvin suuri. Tunne epätäydellisestä tyhjenemisestä on tavallista, samoin ulosteen karkeilu (tuhriminen) ja ohivuotoripuli. Ummetuksen pitkittyessä peräsuoli venyy ja tarvitaan entistä suurempi ulostemassa ulostusrefleksin laukaisemiseen (15).

Diagnosointi. Toiminnallinen ummetus diagnosoidaan tyypillisten oireiden ja kliinisen tutkimuksen perusteella. Oireiden alkamisiän sekä lapsen kasvun ja painonkehityksen arvioiminen on tärkeää. Palpaatiossa voi tuntua makkaramainen massa vasemmalla alavatsalla tai vatsa voi olla ilmatäyteinen. Tutkimukseen kuuluu peräaukon seudun tarkastus, mukaan lukien alaselän ihomuutokset ja perianaaliset muutokset. Tyypillisen oirekuvan yhteydessä tuseeraus ei ole välttämätön, mutta epäselvässä tilanteessa kova ulostemassa peräsuolella varmistaa diagnoosin. Lapsipotilaan kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia ei ruutiinimaisesti tarvita pelkän ummetusoireen vuoksi.

Hoito. Ummetus voi aiheuttaa merkittävää psykososiaalista haittaa sekä potilaalle että hänen perheelleen (16). Potilaalle kerrotaan ummetuksen taustatekijöistä sekä riittävän pitkän ja tehokkaan hoidon merkityksestä ennusteelle. Ummetuspotilaalle ohjataan tavanomaisten suositusten mukaista liikuntaa, kuitujen saantia ja nesteiden nauttimista. Lapselle ohjataan kehitystasoon sopivat säännölliset vessaistunnot (17). Jos lapsi juo suuria määriä lehmänmaitoa (yli yksivuotiaana yli 6 dl/vrk), voi määrän rajoittamisesta suositetuksi olla hyötyä ummetuksen hoidossa (18). Lääkityksen aloitus hoidon tueksi on yleensä tarpeen lääkärin vastaanotolla.

Lasten ummetuksen hoidossa Suomessa yleisimmin käytettävät lääkkeet esitetään **TAULUKOSSA 3**. Ensisijainen vaihtoehto on polyetyleeniglykoli (PEG) eli makrogoli. Vaikean ummetuksen hoito aloitetaan ulostetukkeuman tehostetulla hoidolla, jonka jälkeen jatketaan ylläpitohoitoa vähintään kahden kuukauden ajan. Vaikeassa tilanteessa voidaan kuitupohjaisten laksatiivien vaikutusta tehostaa lyhytaikaisesti peräruiskeilla tai stimuloivilla laksatiiveilla. Lääkitystä ei pidä purkaa pois ennen kuin ummetus on ollut hyvässä hoidossa vähintään kuukauden ajan. Lääkityksen asteittaista purkamista suositellaan, ja tarvittaessa ylläpitolääkitystä jatketaan oireiden uusiutuessa (19).

Ripuli ja löysät ulosteet

Ripulityypistä ärtyvän suolen oireyhtymää (IBS) esiintyy 2–5 %:lla kouluikäisistä lapsista, ja sen esiintyvyyden arvioidaan lisääntyneen kuluneen vuosikymmenen aikana (20). Taaperoiässä lapsilla on usein löysiä ja runsaita ulosteita (niin sanottu taaperoripuli) ilman sairauden merkkejä (21). Erotusdiagnostisia toiminnallisia sairauksia ovat ummetukseen liittyvä ohivuotoripuli sekä ummetukseen liittymätön tuhriminen (non-retentive fecal incontinence).

Kuten muissakin toiminnallisissa vatsaoireissa, IBS:n taustalla voi olla primaarisesti suoliston toiminnan häiriintyminen (esimerkiksi infektion jälkeinen imeytymishäiriö ja toiminnan ylivilkkaus) tai ulosteen bakteeriflooran häiriö. Pitkittyvissä oireissa mu-

kaan liittyy tai aiheuttajana on autonomisen hermoston säätelyjärjestelmän vinoutunut toiminta. Limakalvon lievää tulehdusta on kuvattu pitkittyneistä ripulioireista kärsivillä aikuisilla, mutta lapsipotilaiden osalta tästä ei ole tutkimusnäyttöä (22).

Diagnosointi. IBS-diagnosointi voidaan asettaa, kun oirekuva on tyypillinen ja potilaan tavanomaisissa tutkimuksissa ei havaita poikkeavaa (**TAULUKOT 1 ja 2**). Hoidon kannalta on tärkeää, että diagnosointi asetetaan selvästi ja joutuisasti. Ulosteen kalprotektiinipitoisuus ja keliakiaserologia tutkitaan ainakin kertaalleen kaikilta. Ulosteen taudinaiheuttajat tutkitaan anamneesin ja lääketieteellisen arvion perusteella. Laktoosi-intoleranssi suljetaan pois. Ravintoanamneesissa kysytään muun muassa ksylitolin, muiden makeutusaineiden ja sokerin runsaasta käytöstä sekä mahdollisista jo käytössä olevista ruokavaliorajoituksista. Lapsipotilaan kasvun ja painonkehityksen arvioiminen on välttämätöntä. Ripuloiva lapsi, jonka paino (absoluuttinen tai suhteellinen) vähenee, kuuluu aktiivisten lisäselvitysten ja seurannan piiriin.

Kolonoskopian aiheita lapsuusiässä ovat lähinnä IBD-epäily sekä vaikean persistoivan anemian ja veriulosteiden selvittely, kun anaalifissuuraa ei ole todettu. Lapsuusiässä ei esiinny paksusuolisyöpää. Kolonoskopiaa ei tarvita poissulkuututkimuksena toiminnallisen ripulin diagnosoimiseksi.

Hoito. IBS-potilaan kanssa käyty keskustelu paksusuolen toiminnan ja IBS:n patofysiologian perusteista on hyödyksi. FODMAP-ruokavalion pitkäkestoinen hyöty on osoittautunut lapsilla vähäiseksi. FODMAP-hoitoon on liitetty myös syömishäiriöiden kehittymistä (23). FODMAP-ruokavalio on aloitettava ja purettava suunnitelmallisesti asiantuntijan seurannassa.

On suositeltavaa varmistaa, että jokaisen IBS:ää sairastavan lapsen tai nuoren päivittäinen ruokarytmi on säännöllinen ja ruokavalio tavallisten nykysuositusten mukainen. Runsaasti sokeria ja rasvoja sisältäviä ruokia tulee välttää ja hiilihappojuomien määrä pitää kohtuullisena. Lääkehoidoksi voidaan kokeilla tiettyjä probiootteja kuuriluontoisesti (**TAULUK-**

KO 3 (24) sekä loperamidia oireenmukaisesti esimerkiksi kouluaamujen ulostamispakko (bowel urgency) -oireen hillitsemiseksi. Psylliumkuitulisästä voi olla hyötyä myös lapsipotilaan IBS-oireiden hillitsemisessä.

Vatsavaivojen seuranta ja hoidon porrastus

Toiminnallisten vatsavaivojen diagnosointi ja hoito kuuluvat perusterveydenhuoltoon. Potilaan päivärytmin (ruokailu, uni, liikunta, harastukset, koulunkäynti) pohtiminen ja säännöllistäminen ovat merkittävä osa hoitoa. Jos toiminnallinen vatsaoire on johtanut runsaisiin koulupoissaoloihin ja arkielämän häiriintymiseen, tarvitaan laaja-alainen psykososiaalinen ja moniammatillinen hoitoarvio perusterveydenhuollossa. Erikoissairaanhoidoa tarvitaan epäiltäessä perustellusti muuta kuin oireiden toiminnallista syytä tai jos oirekuva on hyvin vaikea ja tavalliselle hoidolle resistentti.

Toiminnallinen vatsasairaus ei vaadi rutiini-

maista seurantaa, kun elimelliset syyt on suljettu pois. Seurannasta voi kuitenkin olla hoidollista hyötyä. Lääkehoitojen tai ruokavaliomuutosten vasteen seuranta on järjestettävä, jotta tarpeettomat arkea ja elimistöä kuormittavat hoidot eivät jää päälle. Vatsakipupotilaat käyttävät kipulääkkeitä yllättävän yleisesti, ja välttämisruokavalioihin saattaa liittyä ravitsemuksellisia haasteita ja jopa syömishäiriöpiirteitä.

Lopuksi

Toiminnalliset vatsaoireet ovat yleisiä ja koskettavat tuhansia suomalaisia lapsia ja nuoria. Hoito perustuu selkeään diagnostiikkaan: toiminnallinen vatsaoire on suoli-aivoakselin häiriötila. Poissulkudiagnosointi suoritetaan potilaan oireiden, lääkärintutkimuksen ja kokonaistilan vaatimalla laajuudella. Hoidossa pyritään oireen haitan vähenemiseen sekä potilaan tukemiseen normaaliin arkielämään ja koulunkäyntiin mahdollisesta lievästä vatsaoireesta huolimatta. ■

LAURA MERRAS-SALMIO, dosentti, lasten gastroenterologi, osastonylilääkäri
HUS Uusi lastensairaala, lasten gastroenterologian yksikkö

RIIKKA GUNNAR, LT, lasten gastroenterologi, erikoislääkäri
HUS Uusi lastensairaala, lasten gastroenterologian yksikkö

PAULIINA HILTUNEN, LT, lasten gastroenterologi, apulaisyliääkäri
Tays lastentaudit, lastenavohoitoyksikkö

TYTTI JAAKKOLA, lasten gastroenterologi, erikoislääkäri
HUS Uusi lastensairaala, lasten gastroenterologian yksikkö

VASTUUTOIMITTAJA
Otto Helve

SIDONNAISUUDET

Laura Merras-Salmio: Luentopalkkio (Orion), asiantuntijapalkkio (Takeda, Orphalan, Mirum)

Riikka Gunnar: Luentopalkkio (Ipsen), luento- ja konsulttipalkkio (Takeda)

Pauliina Hiltunen: Korvaukset kongressi- ja kokouskuluista (Ferring, Pfizer)

Tytti Jaakkola: Luentopalkkio (Nutricia Medical ja Biocodex), korvaukset kongressi- ja kokouskuluista (Ferring)

KIRJALLISUUTTA

1. Merras-Salmio L, Kalliomäki M. Kun vauvan vatsa vaivaa. Suom Lääkäril 2017;72:2885–90.
2. Groen J, Gordon M, Chogle A, ym. ESPGHAN/NASPGHAN guidelines for treatment of irritable bowel syndrome and functional abdominal pain-not otherwise specified in children aged 4–18 years. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2025;81:442–71.
3. Thapar N, Benninga MA, Crowell MD, ym. Paediatric functional abdominal pain disorders. Nat Rev Dis Primers 2020;6:89.
4. Kraimi N, Ross T, Pujo J, ym. The gut microbiome in disorders of gut-brain interaction. Gut Microbes 2024;16:2360233.
5. Grover M, Vanuytsel T, Chang L. Intestinal permeability in disorders of gut-brain interaction: from bench to bedside. Gastroenterology 2025;168:480–95.
6. Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, ym. Functional disorders: children and adolescents. Gastroenterology 2016;S0016-5085(16)00181-5.
7. Rutten JMTM, Vlieger AM, Frankenhuys C, ym. Home-based hypnotherapy self-exercises vs individual hypnotherapy with a therapist for treatment of pediatric irritable bowel syndrome, functional abdominal pain, or functional abdominal pain syndrome: a randomized clinical trial. JAMA Pediatr 2017;171:470–7.
8. Ylävatsavaivaisen potilaan tutkiminen ja hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Gastroenterologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2019 [viitattu 4.7.2025]. www.kaypahoito.fi.
9. Romano C, Valenti S, Cardile S, ym. Functional dyspepsia: an enigma in a conundrum. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2016;63:579–84.
10. Amil-Dias J, Oliva S, Papadopoulou A, ym. Diagnosis and management of eosinophilic esophagitis in children: an update from the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN). J Pediatr Gastroenterol Nutr 2024;79:394–437.
11. Homan M, Jones NL, Bontems P, ym.

- Updated joint ESPGHAN/NASPGHAN guidelines for management of *Helicobacter pylori* infection in children and adolescents (2023). *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2024;79:758–85.
12. Tolia V, Gilger MA, Barker PN, ym. Healing of erosive esophagitis and improvement of symptoms of gastroesophageal reflux disease after esomeprazole treatment in children 12 to 36 months old. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010;51:593–8.
 13. Koppen IJN, Vriesman MH, Saps M, ym. Prevalence of functional defecation disorders in children: a systematic review and meta-analysis. *J Pediatr* 2018;198:121–30.e6.
 14. Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, ym. Functional disorders: children and adolescents. *Gastroenterology* 2016;S0016-5085(16)00181-5.
 15. Vriesman MH, Rajindrajith S, Koppen IJN, ym. Quality of life in children with functional constipation: a systematic review and meta-analysis. *J Pediatr* 2019;214:141–50.
 16. Voskuil WP, van Ginkel R, Benninga MA, ym. New insight into rectal function in pediatric defecation disorders: disturbed rectal compliance is an essential mechanism in pediatric constipation. *J Pediatr* 2006;148:62–7.
 17. Tabbers MM, DiLorenzo C, Berger MY, ym. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2014;58:258–74.
 18. Wegh CAM, Baaleman DF, Tabbers MM, ym. Nonpharmacologic treatment for children with functional constipation: a systematic review and meta-analysis. *J Pediatr* 2022;240:136–49.e5.
 19. de Geus A, Koppen I, Flint R, ym. An update of pharmacological management in children with functional constipation. *Pediatric Drugs* 2023;25:343–58.
 20. Di Nardo G, Barbara G, Borrelli O, ym. Italian guidelines for the management of irritable bowel syndrome in children and adolescents: joint consensus from the Italian Societies of: Gastroenterology, Hepatology and Pediatric Nutrition (SIGENP), Pediatrics (SIP), Gastroenterology and Endoscopy (SIGE) and Neurogastroenterology and Motility (SINGEM). *Ital J Pediatr* 2024;50:51.
 21. Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, ym. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006;130:1519–26.
 22. Black CJ, Drossman DA, Talley NJ, ym. Functional gastrointestinal disorders: advances in understanding and management. *Lancet* 2020;396:1664–74.
 23. Chumpitazi BP, Alfaro-Cruz L, Zia JK, ym. Commentary: adherence with a low-FOD-MAP diet in irritable bowel syndrome: are eating disorders the missing link? *Front Nutr* 2019;6:136.
 24. Szajewska H, Berni Canani R, Domellöf M, ym. Probiotics for the management of pediatric gastrointestinal disorders: position paper of the ESPGHAN Special Interest Group on gut microbiota and modifications. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2023;76:232–47.